



# KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN KEHITTÄMINEN SOPIMUSVUOREN OTTOKODISSA

Janika Klemetti

Opinnäytetyö  
Elokuu 2010  
Fysioterapian koulutusohjelma  
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Fysioterapian koulutusohjelma

JANIKA KLEMETTI:

Kuntouttavan työotteen kehittäminen Sopimusvuoren Ottokodissa

Opinnäytetyö 45 s., liitteet 5 s.  
Elokuu 2010

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia ohjeet Ottokodin henkilökunnalle kuntouttavan työotteen kehittämiseksi. Ohjeet koostuivat erilaisista fyysistä toimintakykyä aktivoivista liikkeistä, joita Ottokodin henkilökunta pystyy ohjaamaan asukkailleen päivittäisten toimien yhteydessä. Näiden ohjeiden tarkoituksena oli antaa henkilökunnalle fysioterapeuttista näkökulmaa kuntouttavan työotteen kehittämiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli Ottokodin henkilökunnan kuntouttavan työotteen kehittäminen.

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi Sopimusvuoren ympärivuorokautista hoitoa antava dementiahoitokoti Ottokoti. Ottokoti osallistui kuntouttavaa työotetta kehittävään hankkeeseen, joka toteutui vuoden 2010 aikana. Opinnäytetyö ei ole osa hanketta, vaan itsenäisesti toteutettu kehittämistehtävä. Vuoden 2010 aikana Ottokodissa haluttiin kehittää erityisesti asukkaiden fyysistä toimintakykyä tukevaa kuntouttamista.

Opinnäytetyö selvittää Alzheimerin tautia, sen esiintyvyyttä, syntymekanismia, oireita ja etenemistä sekä käytösoireita. Työ käsittelee yleisesti muistisairaana kuntoutusta, fysioterapiaa sekä ohjausta. Lisäksi työ selvittää toimintakykyä käsitteenä sekä muistisairaana toimintakyvyn heikkenemisen etenemistä.

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena. Toiminnallinen osuus toteutui kevään 2010 aikana. Kuntouttavaa työotetta kehittäviä liikkeitä käytiin ohjaamassa henkilökunnalle Ottokodissa. Liikkeet ohjattiin työntekijöille henkilökohtaisesti hoitotilanteiden yhteydessä. Kevään ja kesän aikana henkilökunta otti liikkeitä käyttöön oman työotteensa kehittämisen tueksi. He kokivat saavansa vaihtelua ja hyötyä ohjeista.

---

Asiasanat: kuntouttava työote, Alzheimerin tauti, muistisairaus

## ABSTRACT

Tampere University on Applied Sciences  
Degree in physiotherapy

JANIKA KLEMETTI:

Developing the rehabilitative approach to work at Sopimusvuori's Ottokoti.

The thesis 45 p., Appendices 5 p.  
August 2010

---

The meaning for this thesis was to create instructions for Ottokoti's staff about how to develop their rehabilitative approach to work. Instructions included different kinds of movements, which were planned to guide for Ottokoti's residents amongst their daily tasks by the staff. The meaning for these movements were to give the staff physiotherapeutic point of view about how to develop their rehabilitative approach to work. The aim for this thesis was to improve the Ottokoti's staff's approach to rehabilitative work.

The cooperative partner for this thesis was nursing home for people who suffers from dementia. The nursing home is called Ottokoti and it is one of the Sopimusvuori's nursing homes. Ottokoti participated in a project which dealt developing the rehabilitative approach to work and was executed in 2010. This thesis wasn't part of the project, it was independently executed assignment of developing.

The thesis clarifies the meaning of Alzheimer's disease, the incidence, the pathology, the behaviour problems and the symptoms and progression of the disease. The thesis discusses about how to rehabilitate and give physiotherapy for people who suffer from dementia. It also clarifies the term functional ability and how it weakens with people who suffer from dementia.

The method of realization was practise-based. The functional part of the thesis was realized in spring 2010. Movements for developing the rehabilitative approach to work, were personally guided to Ottokoti's staff during the nursing situations. During the spring and summer the staff took the movements from the given instructions to develop their own work approach. They have felt instructions useful.

---

Keywords: rehabilitative approach to work, Alzheimer's disease, dementia

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 ALZHEIMERIN TAUTI.....	7
2.1 Syntymekanismi .....	8
2.2 Oireet ja eteneminen .....	9
2.2.1 Alkuvaihe .....	9
2.2.2 Keskivaihe .....	10
2.2.3 Loppuvaihe .....	11
2.3 Käyttöoireet .....	12
3 TOIMINTAKYKY .....	14
3.1 Toimintakyvyn osa-alueet.....	14
3.2 Muistisairaahan toimintakyvyn heikkeneminen.....	15
4 KUNTOUTUS.....	17
4.1 Muistisairaahan ohjaus.....	18
4.2 Kuntouttava työote.....	19
5 MUISTISAIRAAN FYSIOTERAPIAA.....	21
6 SOPIMUSVUORI .....	24
6.1 Ottokoti .....	26
6.2 Tiikeriryhmä 2010 .....	26
7 KÄYTÄNNÖN TUTKIMUS .....	27
7.1 Toimintatutkimus .....	27
7.2 Tutkimuksen toteuttaminen Ottokodissa.....	29
8 POHDINTA .....	37
8.1 Oman oppimisen arviointi .....	40
8.2 Ehdotus jatkotutkimukselle .....	41
LÄHTEET.....	43
LIITTEET.....	46

## 1 JOHDANTO

Suomessa sairastuu etenevään muistisairauteen yli 13 000 henkilöä vuodessa. Kaiken kaikkiaan sairastuneita on yli 120 000 ja määrä tulee kasvamaan merkittävästi tulevana vuosina. Ympäri vuorokautista hoitoa vaativista ihmisistä lähes 60 % kärsii jostakin muistisairaudesta. (Muisti ja muistisairaudet. 2009.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää kuntouttavan työotteen toteutumista muistisairaille yhdessä Sopimusvuoren dementiahoitokodeista, Ottokodissa. Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia Ottokodin henkilökunnalle ohjeet fysioterapian näkökulmasta kuntouttavan työotteen kehittämiseksi.

Kuntouttavan työotteen lähtökohtana on asiakkaan itsenäisyys, omatoimisuus sekä tasavertaisuus ja osallistuminen. Kuntoutujan annetaan toimia päivittäisissä toiminnoissa niin itsenäisesti kuin mahdollista ja ohjaamalla annetaan kuntoutujalle keinoja selviytyä näistä tilanteista. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 42.) Kuntouttavan työotteen tarkoituksena on, että sairastunut säilyttäisi toiminta- ja liikuntakyvyn mahdollisimman pitkään niin että vuodepotilasaika olisi mahdollisimman lyhyt (Telaranta 2001, 121-122).

Sopimusvuori Oy tarjoaa palveluja mielenterveyskuntoutukseen ja heillä on 11 ympärivuorokautista hoitoa antavaa dementiahoitokotia eri puolilla Tamperetta. Osa Sopimusvuoren dementiahoitokodeista on osallistunut Tiikeriryhmä – hankkeeseen, joka toteutuu vuoden 2010 aikana. Yksi näistä kodeista on Ranta-Kaarilassa sijaitseva Ottokoti. Ottokodin henkilökunta oli opinnäytetyöni aiheesta hyvin innostunut, joten valitsin heidät tekemään kanssani yhteistyötä opinnäytetyön tiimoilta. Tiikeriryhmä –hankkeeseen osallistuu Sopimusvuoren dementiahoitokotien lisäksi muita vanhustenhoitoyksiköitä ympäri Tamperetta. Hanke on Tampereen kaupungin järjestämä ja sen tarkoituksena on kehittää sairaanhoitajien ja lähihoitajien kuntouttavaa työtettä vanhustenhoitoyksiköissä sekä pohtia, miten fyysistä toimintakykyä ylläpitävää tai edistävää toimintaa voisi lisätä enemmän osaksi arkea.

Valitsin kyseisen aiheen opinnäytetyölleni, koska olen kiinnostunut ikäihmisten fysioterapiasta ja erityisesti muistisairaiden fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen hidastamisen haasteista. Sopimusvuori oli minulle ennestään tuttu organisaatio, joten heitä oli helppo lähestyä mahdollisena yhteistyökumppanina opinnäytetyölleni. Olen tehnyt sijaisuuksia heidän dementiahoitokodeillaan kaksi ja puoli vuotta.

## 2 ALZHEIMERIN TAUTI

Saksalainen lääkäri Alois Alzheimer (1864-1915) diagnosoi ensimmäisenä Alzheimerin taudin vuonna 1906. Alzheimerin tauti on aivoja rappeuttava etenevä muistisairaus, joka aiheuttaa muistin heikentymisen lisäksi erilaisia mieliala- ja käytösoireita sekä toimintakyvyn heikkenemistä. (Telaranta 2001, 53.)

Noin 60 % kaikista muistihäiriötapauksista on Alzheimerin tautia sairastavia henkilöitä ja noin 10 % tapauksista on Alzheimerin taudin ja verisuoniperäisen aivosairauden sekamuotoa sairastavia. Vuonna 2010 Suomessa oli 55 000 Alzheimerin tautia sairastavaa henkilöä, mutta sairastuvien määrä tulee lisääntymään nopeasti ellei estokeinoja löydetä. (Tilvis ym. 2010, 123, 124.) Alzheimerin taudin esiintyvyys lisääntyy iän myötä ja naisilla sen esiintyvyys on hieman suurempi kuin miehillä (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Soininen 2006, 28). Alzheimerin tautiin sairastuu vuodessa neljä tuhannesta yli 65 -vuotiaasta (Tilvis ym. 2010, 124).

Alzheimerin taudissa keskimääräinen jäljellä olevan elinajan ennuste ensimmäisistä oireista on noin 10-12 vuotta, mutta naisilla se voi olla pidempikin. Kehittyneen hoidon ja aikaisemman Alzheimerin taudin diagnosoinnin seurauksena ennusteen uskotaan parantuneen. Yleisin välitön kuolinsyy Alzheimerin taudissa on jokin hengitystieinfektio, yleensä bronkopneumonia eli keuhkokuume. Alzheimerin taudin syy on tuntematon, mutta harvoissa tapauksissa on ollut todettavissa perinnöllinen geenivirhe (Viramo 2001, 6). Alzheimerin tautiin sairastumisen riskiä lisäävät runsas alkoholin käyttö, mahdollisesti aiemmin sairastettu masennus, korkea verenpaine, diabetes, veren suuri kolesterolipitoisuus, ylipaino sekä metabolinen oireyhtymä. Alzheimerin taudilta suojaavia tekijöitä ovat estrogeeni, tulehduskipulääkkeet (joiden on arveltu hillitsevän Alzheimerin taudissa esiintyvää aivojen tulehdusreaktiota), ApoE2 - alleeli sekä antioksidantit. Tutkimusten mukaan myös älyllinen aktiviteetti, laaja ja aktiivinen sosiaalinen verkosto, korkea koulutustaso sekä liikunnallinen aktiviteetti voivat suojata tautiin sairastumiselta. (Erkinjuntti ym. 2006, 32, 33, 127.)

## 2.1 Syntymekanismi

Alzheimerin tauti on hitaasti ja tasaisesti etenevä aivosairaus, jossa aivoalueet tuhoutuvat selektiivisesti ja neurokemialliset järjestelmät vaurioituvat (Erkinjuntti ym. 2006, 127). Ensimmäinen laaja-alainen valikoiva hermosolukato eli rappeuma ilmaantuu ohimolohkon sisäosiin, jotka ovat muistitoimintojen kannalta keskeisimmät alueet. Tästä seuraa aivokudoksen ja mm. hippokampuksen surkastumista. Heikentymistä tapahtuu useissa aivojen hermovälittäjäainejärjestelmissä. Asetyylikoliini-välittäjäaineen määrä vähenee merkittävästi jolloin sitä välittäjäaineena käyttävät hermoradat vaurioituvat. Tästä johtuen viestit eivät enää kulje yhtä tehokkaasti kuin ennen Alzheimerin tautiin sairastumista. (Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito 2006; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62, 63.)

Alzheimerin tautiin liittyy myös spesifiset muutokset keskushermostossa, pääosin isoavokuorella. Muita taudin tunnusomaisia piirteitä ovat aivojen tilavuuden pieneneminen, aivojen kokonaispainon väheneminen sekä aivokammioiden tilavuuden kasvu. Tärkeimmät mikroskooppiset muutokset aivoissa ovat neurofibrillivyyhdet, seniilit plakit, amyloidiangiopatia sekä hermosolujen kato. Neurofibrillivyyhdet ovat hermosolun sisäisiä epänormaaleja säiekimppuja. Seniilit plakit muodostuvat AP-proteiinin hajoamistuotteesta beeta-peptidistä, jota kertyy aivojen verisuonten seinämiin. Tätä tapahtumaa kutsutaan myös amyloidiangiopatiaksi (Aivojen amyloidiangiopatia 1997). Alzheimerin tautiin liittyy usein huomattava elimistön surkastuminen ja ruumiinpainon lasku. (Erkinjuntti ym. 2006, 112.)

Asetyylikoliinia pilkkovaa entsyymiä estävät lääkkeet helpottavat Alzheimerin taudin oireita. Näitä ovat rivastagmiini, donepetsiili sekä galantamiini. Alzheimerin tauti diagnosoidaan kliinisten oireiden ja löytöjen perusteella sekä pois sulkemalla muut sairaudet. Aivojen tietokone- tai magneettikuvauksella voidaan nähdä aivojen ohimolohkojen ja erityisesti hippokampuksen surkastuminen. (Viramo 2001, 6, 7.)



## 2.2 Oireet ja eteneminen

Alzheimerin tauti on yleisin vaiheittain etenevä muistisairaus ja taudin keskimääräinen kesto on 10-12 vuotta. Erkinjuntin (2006, 130) mukaan taudin vaiheet voidaan luokitella kolmeen eri vaiheeseen taudin vaikeusasteen mukaan, alku-, keski- ja loppuvaiheeseen. Näiden lisäksi voidaan puhua oireettomasta eli prekliinisestä vaiheesta sekä varhaisesta Alzheimerin taudin vaiheesta. (Erkinjuntti ym. 2006, 130.)

Prekliinisessä vaiheessa suurin osa sairastuneista ei oireile ollenkaan, osalla voidaan havaita lievä kognitiivinen heikentyminen. Varhaisessa Alzheimerin taudin vaiheessa oireina ovat väsymys, unohtelu, oppimisvaikeudet, hidastuneet reaktiot sekä heikkeneminen kielellisen muistin tehtävissä kuten sanalistan mieleenpalauttaminen. (Erkinjuntti ym. 2006, 130, 131; Kauffman, Barr & Moran 2007, 189.)

### 2.2.1 Alkuvaihe

Alzheimerin taudin alkuvaihe kestää noin 3-7 vuotta ja se on muodoltaan lievä. Taudin ensimmäiset kliiniset oireet ovat oppimis- ja muistamisvaikeudet, sillä ensimmäiset aivomuutokset tapahtuvat ohimolohkon sisäosissa, jotka ovat muistitoimintojen kannalta tärkeimmät alueet. (Erkinjuntti ym. 2006, 130.) Alkuvaiheen aikana lähimuisti heikkenee, aktiivisuus vähenee ja ilmenee masennusta. Uusien nimien muistaminen on hankalaa, aloitekyky ja keskittyminen heikkenevät sekä toiminnanohjaus ja prosessointi hidastuu. Tilan hahmottaminen vaikeutuu, ajantaju heikkenee ja mielialanmuutoksia alkaa esiintymään. Myös dysfaattisia vaikeuksia esiintyy sanojen löytämisessä ja nimeämisessä. (Erkinjuntti ym. 2006, 130, 132; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 66.)

Taudin edetessä alkaa esiintymään käytösoireita. Toimintakyky ja sairaudentunto alkavat heikentyä. Henkilö lopettaa harrastuksensa ja alkaa välttelemään sosiaalisia tilanteita. Erityisesti työssä käyvällä henkilöllä voidaan sairauden

alkuvaiheessa havaita stressioireita, uupumusta ja alavireisyyttä. (Erkinjuntti ym. 2006, 130; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 66, 67.)

### 2.2.2 Keskivaihe

Alzheimerin taudin keskivaikea vaihe kestää noin 2-4 vuotta. Taudin keskivaikeaan vaiheeseen liittyvät vaikeat toiminnan ohjauksen, hahmotuksen, kätevyys- ja häiriöt sekä tahdonalaisten liikkeiden suorittamisen vaikeutuminen. (Erkinjuntti ym. 2006, 132.) Tänä aikana paikan taju huononee entisestään ja henkilö eksyy tutussakin ympäristössä. Oikeiden sanojen löytäminen hankaloituu. Arkielämässä selviytyminen heikkenee merkittävästi ja päivittäiset toiminnot hankaloituvat. Psyykkisten toimintojen säätely muuttuu, josta johtuvat myös muutokset käyttäytymisessä. Alzheimerin keskivaiheessa esiintyy myös harhaluuloisuutta ja -näkyjä, sekavuustiloja sekä uni- ja valverytmin häiriöitä ja iltaa kohden pahenevaa levottomuutta (sundown syndrome). Harhaluuloisuutta esiintyy jopa 20-50 %:lla tautia sairastavista. (Erkinjuntti ym. 2006, 132,138; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 67; Kauffman ym. 2007, 189). Alzheimerin taudin keskivaiheessa sairastunut pystyy asumaan kotona ainoastaan päivittäisen valvonnan ja avun turvin (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2007).

Muisti- ja muiden älyllisten oireiden sekä käytösoireiden lisäksi Alzheimerin tautiin liittyy myös fyysisiä muutoksia kuten laihtumista sekä liikuntakyvyn ja aistitoimintojen muutoksia (Sulkaa, Alhainen & Viramo 2004, 8). Alzheimerin taudin kestänyt noin 4-6 vuotta, alkavat ekstrapyramidaaliset oireet (Tilvis ym. 2010, 124). Rigiditeettityyppinen jäykkyys vähentää lihasten kimmoisuutta ja fyysinen passiivisuus lyhentää lihasten jäniteitä, jolloin nivelten liikeradat pienevät. Kävely muuttuu hitaaksi, töpöttäväksi ja epävarmaksi. Tällöin horjahtelut ja kompastelut lisääntyvät, jotka puolestaan lisäävät kaatumisriskiä. Lisäksi tyypillisiä ekstrapyramidaalioireita taudin keskivaiheessa on kasvojen ilmeettömyys ja vapina eli tremoria. Etukumara asento johtuu heikentyneistä vartalon lihaksista, jotka eivät pysty enää ylläpitämään ryhtiä. Tästä johtuva kehon painopisteen muutos yhdessä

asentotunnon muutoksen kanssa heikentävät tasapainoa, mikä lisää sairastuneen kaatumisriskiä. Suojarektioiden puute altistaa myös kaatumisille. (Sulkaa ym. 2004, 8, 9.) Taudin edetessä rangasta tulee kyfoottinen, kädet menevät koukkuun kyynärpäistä sekä lonkat ja polvet koukistuvat vähitellen. Nilkkojen liikkuvuus on vähäistä. (Heimonen & Voutilainen 2004, 49.) Myös sairastuneen niska jäykistyy ja pään liikkeet ovat vähäisiä (Suominen ym. 2001, 77). Oireiden etenemiseen voidaan vaikuttaa säännöllisellä liikkumisella ja fysioterapialla. (Tilvis ym. 2010, 124.)

### 2.2.3 Loppuvaihe

Alzheimerin taudin loppuvaiheen pituus on noin yhdestä viiteen vuotta ja dementian vaikeusasteeltaan se on luonteeltaan vaikea. Sairastunut tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissa. Hän ei tunnista enää itseään eikä perhettään. (Kauffman ym. 2007, 189.) Puhuminen ja puheen ymmärtäminen on hankalaa ja sairastunut toistelee sanoja ja äänteitä (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 67, 68). Taudin edetessä esiintyy myös virtsan pakkokarkailua, joka vähitellen kehittyy täydelliseen virtsan- ja ulosteenpidätyskyvyttömyyteen (Tilvis ym. 2010, 124). Loppuvaiheessa verenpaine on usein matala. Nielemiskyky säilyy taas pitkään. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 67, 68.)

Noin 5-8 vuoden kuluttua oireiden alusta kävelykyky heikkenee ja häviää myöhemmin kokonaan. Myös kehon jäykkyys lisääntyy. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 67, 68.) Taudin vaikeassa vaiheessa olisi oleellisen tärkeää kiinnittää huomiota säännölliseen kävelytykseen, venyttelyyn ja liikeratojen ylläpitämiseen, jotta sairastunut ei joutuisi vuodepotilaaksi (Sulkaa ym. 2004, 8). Primaariheijasteita, kuten esimerkiksi turpa-, tarttumis- ja imemisheijasteita, esiintyy myös Alzheimerin taudin loppuvaiheessa (Erkinjuntti ym. 2006, 132). Aivan taudin loppuvaiheilla sairastuneen jäädessä vuoteeseen, kiristyneet jänteet pakottavat raajat koukkuun ja nivelet jäykistyvät pysyviin virheasentoihin, jotka voivat olla äärimmäisen kivuliaita (Tilvis ym. 2010, 124).

## 2.3 Käyttösoireet

Muistihäiriöt ja käyttösoireet ovat aina yhteydessä toisiinsa, sillä tiedonkäsittelytoimintoja säätelevät aivoalueet osallistuvat myös mielialan ja käyttäytymisen säätelyyn. Käyttösoireet johtuvat aivojen neurokemiallisista ja -patologisista muutoksista (Hartikainen & Lönnroos 2008, 118), koska tunnetilojen normaalista säätelystä vastaavat keskushermoston välittäjäainejärjestelmät vaurioituvat (Telaranta 2001, 53). Lisäksi myös fyysiset tekijät, kuten pelko, masennus, ahdistus, turhautuneisuus, persoonallisuus ja elinympäristö, vaikuttavat käyttösoireiden syntyyn ja luonteeseen (Telaranta 2001, 53; Hartikainen & Lönnroos 2008, 118).

Syitä käyttösoireisiin voi löytää somaattisesta terveydentilasta tai lääkityksestä. Infektiot, muut sairaudet ja kipu voivat aiheuttaa aggressiivisuutta ja levottomuutta, sillä sairastunut ei välttämättä pysty kertomaan huonovointisuudestaan. Lääkkeiden sivu- ja yhteisvaikutukset voivat myös aiheuttaa käyttösoireita. Käyttösoireiden taustalla voi olla aiemmat psyykkiset häiriöt kuten tunne-elämän epävakaus, päihdeongelmat tai muut psykiatriset häiriöt. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 118-119.) Toiminnanohjauksen vaikeudet ja keskittymiskyvyn heikkeneminen aiheuttavat levottomuutta, jolloin sairastunut vaeltelee, pyrkii ulos, touhuu, kyselee ja piilottelee ja hypistelee tavaroita. Muistisairaus heikentää kykyä hallita omaa käyttäytymistään, jolloin sairastunut saattaa reagoida hyvin voimakkaasti tilanteissa, joissa hän tuntee epäonnistuneensa. Aistitoiminnan heikkeneminen aiheuttaa harhaluuloja ja hahmottamisen vaikeudet virhetulkintoja, jotka voivat olla osa käyttösoireiden syitä. (Telaranta 2001, 56; Hartikainen & Lönnroos 2008, 119.)

Ympäristöllä on suuri merkitys käyttösoireiden esiintymiseen. Ympäristön kireys, kiireys, rauhattomuus, meluisuus ja negatiiviset asenteet ovat selvästi yhteydessä käyttösoireiden esiintymiseen ja luonteeseen. Ympäristössä vaihtuvat ihmiset luovat turvattomuuden ja hylätyksi tulemisen tunnetta. Virheet ja väärinymmärretyksi tuleminen laskevat sairastuneen omanarvontunnetta, mikä puolestaan aiheuttaa

ärtyneisyyttä ja vetäytymistä omiin oloihin. (Telaranta 2001, 54; Hartikainen & Lönnroos 2008, 119-120.)

### 3 TOIMINTAKYKY

Toimintakyky on kykyä selviytyä jokapäiväisestä elämästä ja arkipäivän askareista. Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn jotka ovat kaikki yhteydessä toisiinsa. (Tilvis ym. 2010, 438.) Ihmiset ovat kuitenkin kaikki erilaisia ja arvostavat eri asioita, joten yhtä yleisesti hyväksyttävää määritelmää toimintakyvylle ei ole. Toimintakyvyn määrittelyyn on jätettävä yksilöllinen tulkintavara. (Kettunen ym. 2002, 22.)

Ihmisen terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavat yksilö itse, hänen elämäntapansa, sosiaalinen ja kulttuurinen järjestelmä sekä sosiaaliset suhteet ja ympäristö (Tilvis ym. 2010, 439). Ikääntyessä toimintakyky muuttuu eri tavalla ja nopeudella eri henkilöillä. Toimintakyvyn heikentyessä henkilö joutuu määrittelemään uudelleen käsityksensä elämänlaadusta. Elämänlaatuun vaikuttavat terveys, hyvinvointi , elintaso, sosiaaliset suhteet, elinympäristön esteettömyys ja toimivuus sekä miten henkilö itse kokee sairautensa ja toimintakyvynsä heikkenemisen. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 38-39.) Muistihäiriöt ovat ylivoimaisesti tärkein toimintakykyä heikentävä syy hyvin vanhoilla ihmisillä (Tilvis ym. 2010, 441).

#### 3.1 Toimintakyvyn osa-alueet

Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakyvyn osa-alueisiin. Osa-alueet ovat riippuvaisia toisistaan, sillä keho, mieli ja ympäristö ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Toimintakyky on kokonaisuus, jonka osa-alueita voidaan tarkastella erikseen. (Kettunen ym. 2002, 21.)

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa kykyä suoriutua niistä arkielämän toimista, jotka vaativat fyysistä aktiivisuutta. Fyysinen toimintakyky on selviytymistä työstä, harrastuksista sekä omasta itsestä huolehtimisesta, kuten pukeutuminen, ruokailu ja omasta henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen. Näkökyky on oleellisen tärkeä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kannalta, sillä näön heikkeneminen

vaikeuttaa tasapainon hallintaa ja henkilön liikkumisen varmuus vähenee. (Talvitie ym. 2006, 40-41.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä käyttää psyykkisiä voimavaroja tavoitteidensa ja toiveidensa mukaan. Psyykkinen toimintakyky voidaan jakaa vielä kolmeen osa-alueeseen, joita ovat kognitiiviset toiminnot, persoonallisuus ja psyykkinen hyvinvointi. Kognitiivisiin toimintoihin kuuluvat muisti, oppiminen ja havaintotoiminnot. Persoonallisuuden ominaisuuksia ovat motivaatio, mielentila sekä kyky tiedostaa omat heikot ja vahvat puolet. (Talvitie ym. 2006, 41.)

Erilaisissa sosiaalisissa ympäristöissä toimiminen vaatii henkilöltä sosiaalista toimintakykyä. Se tarkoittaa henkilön mahdollisuuksia ja voimavaroja selviytyä näissä tilanteissa. Sosiaalinen toimintakyky saattaa rajoittua, jos henkilön fyysinen tai psyykkinen toimintakyky heikkenee selvästi. (Talvitie ym. 2006, 41-42.)

### 3.2 Muistisairaahan toimintakyvyn heikkeneminen

Muistisairaahan toimintakykyyn vaikuttavat erilaiset tekijät. Näitä ovat muun muassa sairauden vaikeusaste, muut sairaudet tai vammat, käytössä olevat lääkkeet, fyysinen ympäristö, ympäröivän sosiaalisen verkoston tuki ja luotettavuus sekä sairastuneen oma minäkuva. Alzheimerin taudin hoidossa hyvä fyysinen kunto on sairastuneen toimintakyvyn ylläpitämisen kulmakivi. Aktiivinen liikunta auttaa normaalissa verenpaineen säätelyssä, jolloin kävelyvaikeudet ja kaatuilu vähenevät. (Viramo ym. 2001, 7, 18.)

Pitkäaikaisiin rappeuttaviin sairauksiin, kuten Alzheimerin tautiin, voi liittyä toimintakyvyn asteittainen heikkeneminen. Ensimmäisinä karsiutuvat vaativien päivittäisten toimintojen hallitseminen (AADL, advanced activities of daily living) kuten järjestäminen, yhteiskunnallinen osallistuminen ja aktiivinen liikunta. Seuraavaksi ilmenee ongelmia välinetoiminnoissa ja asioiden hoitamisessa (IADL, instrumental activities of daily living) kuten taloustyöt, kaupassa käynti, autolla ajo

sekä lääkkeiden ja puhelimen käyttö. Lopulta sairastunut menettää kyvyn selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista (BADL, basic activities of daily living), joita ovat esimerkiksi kävely, peseytyminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, WC-käynnit ja syöminen. (Tilvis ym. 2010, 438.)



## 4 KUNTOUTUS

”Maailmanjärjestä WHO määrittelee kuntoutukseksi ne toimenpiteet, jotka vähentävät toiminnanvajavuutta ja siitä aiheutuvia haittoja sekä auttavat henkilön integroitumista yhteiskuntaan” (Heimonen & Voutilainen 2004, 11). Kuntoutuksen tavoitteena on henkilön toimintamahdollisuuksien luominen ja lisääminen. Kuntouttamisella pyritään parhaaseen mahdolliseen tasapainoon kuntoutujan omien fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten toimintaedellytysten ja –tarpeiden sekä ympäristön välillä. (Kettunen ym. 2002, 19.)

Muistisairaahan kuntoutukselle voidaan asettaa erilaisia tavoitteita. Kuntoutuksen tavoitteena muistisairaalla voi olla toimintakyvyn ylläpitäminen tai paraneminen sekä elämänlaadun ja elämänhallinnan lisääminen sairaudesta huolimatta. Ei ole mitään perustetta uskoa, etteivätkö muistihäiriöistä ja dementiaoireista kärsivät hyötyisi kuntouttavista toimenpiteistä. (Heimonen & Voutilainen 2004, 11-12.)

Alzheimerin taudin keskivaiheen kuntoutuksessa tulisi kiinnittää huomiota sairastuneen jäljellä olevaan toimintakykyyn ja kuntouttavaan työotteeseen, erityisesti lyhytaikaisten laitoshoidojaksojen yhteydessä, jotta sairastuneen itsenäinen suoriutuminen ei heikkenisi jaksojen aikana. Taudin vaikeassa vaiheessa olisi oleellista keskittyä kuntoutukseen orientoituvaan toimintaan. Kuntoutuksen tavoitteita ovat vuorovaikutustaitojen säilyminen, liikuntakyvyn säilyminen sekä lisäongelmien ehkäisy kuten kaatumiset ja niistä aiheutuvat murtumat. Alzheimerin tautia sairastavan kuntoutuksen menetelmät voidaan jakaa lääkinnälliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat kognitiivinen terapia; muistikuntoutus, fysio-, toiminta- ja muut terapiat esimerkiksi taide- ja musiikkiterapia, apuvälineet ja kodin muutostyöt. Sosiaaliseen kuntoutukseen kuuluvat suunnitelmallinen ja jatkuva neuvonta sekä ohjaus, dementia-neuvonta, ensitietopäivät, sopeutumisvalmennus ja vertaistukiryhmät. (Heimonen & Voutilainen 2004, 13-14.)

#### 4.1 Muistisairaahan ohjaus

Alzheimerin tauti tuhoaa yhden elämän verran muistoja ja hävittää henkilön identiteetin. Ohjauksessa on tärkeää keskittyä sairastuneen jäljellä oleviin taitoihin ja kiinnittää huomiota ympäristön turvallisuuteen. Coste Koenig (2003, 7) kehottaa kirjassaan elämään sairastuneen maailmassa ja ymmärtämään hänen tilaansa, jotta ohjaustilanteet sujuisivat mieluisasti ja turvallisesti. (Coste Koenig 2003, 7-8.) Turvallinen ilmapiiri saadaan aikaan olemalla kiireettömiä, keskittymällä hetkeen ja ihmiseen. Viestimällä välittämistä ja huolenpitoa, olemalla rehellinen ilmaisuissa sekä antamalla sairastuneelle tilaa voidaan auttaa turvallisen ilmapiirin luomisessa. Fyysinen läheisyys ja halaus saattaa auttaa. (Viramo 2001, 34.)

Sairastuneen elämää voi rikastuttaa luomalla hänelle tilanteita, joissa on mahdollisuus onnistua. Kehuminen ja kannustaminen luovat positiivisen ilmapiirin onnistumiselle. Huumoria kannattaa käyttää aina kun mahdollista. (Coste Koenig 2003, 7-8.) Vaikeaksi koettu auttamistilanne voidaan muuttaa myönteiseksi ohjaamalla sairastuneen mielenkiinto mielihyvää tuottavaan asiaan, kuten hänen harrastukseensa, perheeseen tai lemmikkeihin (Hartikainen & Lönnroos 2008, 125).

Ohjauksen keinot voidaan jakaa visuaaliseen eli näköaistiin perustuvaan ohjaamiseen, verbaaliseen eli sanalliseen ohjaamiseen, kineettiseen eli tuntoaistiin perustuvaan ohjaamiseen sekä mielikuvaharjoituksiin. Muistisairaahan ohjaus on tehokkainta, kun käytetään useaa ohjausmenetelmää samanaikaisesti ja käytetään eri aistikanavia. Esimerkiksi liikettä ohjatessa voidaan käyttää visuaalista, verbaalista ja kineettistä ohjausmenetelmää yhtäaikaaisesti. Erityisesti pelkän visuaalisen ohjaamisen vastaanottaminen voi olla sairastuneelle vaikeaa hahmotushäiriön vuoksi, jolloin olisikin hyvä ottaa tueksi muiden aistikanavien käyttö. (Heimonen & Voutilainen 2004, 51.)

Sairastunutta tulee lähestyä rauhallisesti ja hellästi aina edestä. Kaiken ohjauksen tulee myös tapahtua edestä, sillä muistisairaahan ihmisen on vaikea hahmottaa takaapäin tulevia käskyjä. Ohjaajan tulee puhua rauhallisesti ja rauhallisella

äänellä. Sairastuneen kuulossa ei välttämättä ole mitään vikaa, joten äänen turhaa korottamista tulee välttää. Ohjeiden tulee olla lyhyitä ja selkeitä. Muut hälyäänet on minimoitava, jotta ohjauksen vastaanottaminen helpottuisi. Keskustelun olisi mielellään tapahduttava samassa tasossa ja avoimia kysymyksiä kannattaa välttää. (Coste Koenig 2003, 82-83; Heimonen & Voutilainen 2004, 51.)

Muistisairas tarvitsee enemmän aikaa informaation prosessointiin, joten ohjaajan tulee olla kärsivällinen. Erityisesti omaan nonverbaaliseen viestintään eli kehonkieleen tulee kiinnittää huomiota, sillä Alzheimerin tautia sairastavat kompensoivat kognitiivisia ja sensorisia heikkenemisiä kiinnittämällä enemmän huomiota nonverbaaliseen viestintään. (Coste Koenig 2003, 82.) Kosketuksen avulla ohjataan sairastunutta oikeisiin suorituksiin. Kosketus lisää oman kehon tuntemista ja antaa turvallisuuden tunnetta liikettä suoritettaessa. Ohjaustilanteessa tulee myös kiinnittää huomiota valaistukseen, valoihin ja varjoihin, joilla voi olla suuri merkitys muistisairaahan ohjauksessa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 51.)

#### 4.2 Kuntouttava työote

Ihmisen itsenäisyyden tukeminen on tärkeää, sillä ihminen haluaa itse ohjata ja hallita elämäänsä. Muistisairaahan ihmisen auttaminen lähtee inhimillisistä tarpeista (Heimonen & Voutilainen 1997, 80). Itsemääräämisoikeus, vapaus sekä omien valintojen sisältämät riskit ovat olennainen osa ihmiselämää. Riskien ja vastuun poisto merkitsee vapauden menettämistä, jolloin henkilö passivoituu. Tehostetulla kuntoutuksella sekä kuntouttavalla työotteella voidaan passivoitumista ehkäistä (Heimonen & Voutilainen 2004, 61). Kuntoutujakeskeinen toimintamalli tarkoittaa sitä, että kuntoutuja on aktiivinen toimija ja osallistuja, oman kuntoutumisensa objekti. Kuntoutujaa pyritään tukemaan itsenäisessä päätöksenteossa esimerkiksi siinä, mitä haluaisi pukea aamulla päälle tai mitä ottaisi kahvin kanssa. (Kettunen ym. 2002, 41-42.)

Kuntouttavan työotteen lähtökohtana on asiakkaan itsenäisyys, omatoimisuus sekä tasavertaisuus ja osallistuminen, jotka ovat hyvinvoinnin ja mielekkään elämän edellytyksiä. Kuntoutujan annetaan toimia niin itsenäisesti päivittäisissä toiminnoissa kuin mahdollista ja ohjaamalla annetaan kuntoutujalle keinoja selviytyä näistä tilanteista. (Kettunen ym. 2002, 42.) Apu on mitoitettava sopivalle tasolle, jolloin ylihuolehtimista tai liian vähästä apua tulee välttää. Ylihuolehtiminen heikentää muistisairaahan toimintakykyä, kun käyttämättömät taidot häviävät. Henkilö turhautuu, passivoituu, taantuu ja luovuttaa ylihuolehtimisen alistamana. Liian vähäinen apu sen sijaan aiheuttaa jatkuvia epäonnistumien kokemuksia, turhautumista, epävarmuutta, ahdistusta, joka heikentää sairastuneen minäkuvaa entisestään. (Heimonen & Voutilainen 2004, 80.)

On tärkeää, että hyödynnetään kuntoutujan jäljellä olevia voimavaroja eikä keskitytä kuntoutujan ongelmiin ja puutteisiin (Kettunen ym. 2002, 43). Kuntouttavan työotteen tarkoituksena on, että sairastunut säilyttäisi toiminta- ja liikuntakyvyn mahdollisimman pitkään niin, että vuodepotilasaika olisi mahdollisimman lyhyt (Telaranta 2001, 121-122).

## 5 MUISTISAIRAAN FYSIOTERAPIAA

Neurologisessa kuntoutuksessa fysioterapialla on suuri merkitys. Etenevän muistisairauden kohdalla fysioterapialla pyritään hidastamaan sairauden ennalta odotettavaa etenemistä. Fysioterapian tavoitteena on toiminta- ja liikuntakyvyn ylläpysyminen tai paraneminen sekä itsenäisen ja ihmisarvoisen elämän turvaaminen. Fysioterapiassa tulee ottaa huomioon sairastuneen fyysiset muutokset sekä muut toimintakykyyn vaikuttavat sairaudet ja lääkitys. Muistisairaalalle laaditaan yksilöllinen tavoitteellinen kuntoutussuunnitelma ja yhteistyötä tehdään kaikkien kuntoutukseen osallistuvien ammattihenkilöiden ja omaisten kanssa. (Heimonen & Voutilainen 2004, 16,48.)

Fysioterapia prosessi alkaa toimintakyvyn arvioinnilla. Sairastuneen jäljellä olevien voimavarojen tunnistaminen ja hyödyntäminen on oleellisen tärkeää kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Lisäksi on suunniteltava mitä keinoja terapiassa käytetään, miten terapiaa toteutetaan ja arvioidaan. Apuvälinetarpeen arviointi ja käytön opastus kuuluu myös muistisairaahan fysioterapiaan. Fysioterapia voi olla joko yksilöllistä tai ryhmässä tapahtuvaa terapiaa. (Heimonen & Voutilainen 2004, 48, 54.)

Fysioterapeutilla tulee olla riittävästi tietoa muistisairaudesta ja sen vaikutuksesta toimintakykyyn. Terapeutin on ymmärrettävä muistisairautta ja osattava olla vuorovaikutuksessa sairastuneen henkilön kanssa sekä tuntea tämän elämäntarina. Persoonallisuus on tärkeä terapeutin työväline; empatia, ennakkoluulottomuus, avoimuus, luovuus ja mielikuvitus ovat onnistuneen ja luottamuksellisen terapiasuhteen luomiselle välttämättömiä kykyjä terapeutin hallita. (Heimonen & Voutilainen 2004, 48, 49.)

Säännöllisellä liikunnalla on suuri merkitys muistisairaahan kuntoutuksessa, sillä liikunta aktivoi aivoja. Liikunta ehkäisee fyysisten muutosten ennen aikaista etenemistä ja antaa hyvän mielen. (Heimonen & Voutilainen 2004, 54.) Muistisairaiden erilaisten kuntoutusmuotojen tehokkuudesta on vähän tutkittua

tietoa, mutta liikunnan positiiviset vaikutukset kaiken ikäisillä ja kaikenkuntoisilla vanhuksilla on pystytty osoittamaan. Vanhainkodeissa on todettu liikunnan, fysioterapian ja kuntouttavan työotteen parantavan henkilöiden liikunta- ja toimintakykyä. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 556-557.)

Kestäviä tuloksia saadaan viemällä liikunta tai toiminta osaksi päivittäisiä rutiineja. Päivittäisen lyhytkestoisen liikunnan on todettu olevan pitkäkestoista liikuntaa hyödyllisempää pitkäaikaissairaille. (Kettunen ym. 2002, 249.) Käyhty (2001) kuvailee artikkelissaan ihannetilannetta dementiahoitokodissa sellaiseksi, että yksi henkilö olisi vastuussa muistisairaiden aktivoinnista. Fysioterapeutti voisi toteuttaa fysiogeriatrasta kuntoutusta ja toimia tarvittaessa kuntouttavan työotteen työnohjaajana. (Käyhty & Palosaari 2001, 26-27.)

Apraksia-, hienomotoriikka-, koordinaatio- ja kehonhallintaharjoitukset ovat keskeinen osa fysioterapiaa. Harjoitteiden tulee olla sopivan haastavia motivoitakseen sairastunutta ja synnyttääkseen onnistumisen kokemuksia. Tutut toiminnalliset harjoitteet, kuten tavaran siirto ja nosto paikasta toiseen ovat hyviä, sillä niitä on helppo toteuttaa mielikuvien avulla ja liike löytyy helposti. Mielikuvien avulla tuotettu liike säilyy suhteellisen pitkään muistisairaille henkilöillä. (Heimonen & Voutilainen 2004, 54, 51.)

Alzheimerin taudin keskivaiheessa fysioterapiassa käydään läpi eri alkuasentojen hallinnan harjoittaminen; vuoteelta ylös nousu-, istumasta seisomaannousu-, liikkeellelähtö-, siirtymis- ja kävelyharjoitukset sekä kehonhallinta- ja -hahmotuksen harjoitukset. Lisäksi hyviä harjoituksia ovat vartalon ja raajojen yhtäaikaisten liikkeiden harjoittaminen sekä tasapainon ja notkeuden harjoittaminen, jotka auttavat liikkumista ja päivittäisistä toimista selviytymistä. (Heimonen & Voutilainen 2004, 54.)

Taudin edetessä vaikeaan vaiheeseen, henkilön oikeus liikkua on taattava. Tässä vaiheessa fysioterapian tavoitteena on liikuntakyvyn säilyminen, kontraktuuriin ehkäisy ja nivelkipujen lievittyminen. (Heimonen & Voutilainen 2004, 54.) Taudin

vaikeassakin vaiheessa sairastunut voi oppia erilaisia voimisteluliikkeitä, pallonheittopelejä sekä tasapainon hallintaa ja saada niistä hyvää mieltä ja nautintoa (Telaranta 2001, 116). Hyviä harjoituksia on tasapaino-, ryhti-, lihaskunto- ja kehonhahmotusharjoitukset, nivelten liikehoidot sekä lämpö-, venytys- ja rentoutushoidot kipujen lieventymiseksi. (Heimonen & Voutilainen 2004, 54.)

## 6 SOPIMUSVUORI

Sopimusvuori ry perustettiin vuonna 1970, jolloin se tarjosi palveluja mielenterveyskuntoutukseen. Ensimmäinen dementiahoitokoti avattiin vuonna 1991 ja vuonna 2007 perustettiin Sopimusvuori Oy. (Sopimusvuoren historiaa.) Tällä hetkellä Sopimusvuorella on Tampereella 11 ympärivuorokautista hoitoa antavaa dementiahoitokotia, joissa on yhteensä 128 asukaspaikkaa. Vakinaisia työntekijöitä on noin 100. (Sopimusvuori.)

Sopimusvuoren dementiahoitokodeissa toteutetaan terapeuttisen yhteisöhoidon periaatteita. Aukkaan arvostaminen ihmisenä on hoidon lähtökohta. Tavoitteena on elämänlaadun turvaaminen, elämänilon ja –tarkoituksen oivaltaminen, asukkaan omanarvon-, vastuuntunteen ja ihmisarvon säilymisen tukeminen, tasavertaisuuden säilyttäminen ihmissuhteissa ja yksilöllisyyden tukeminen. Hoitaja- potilas asetelmaa yritetään välttää mahdollisimman pitkälle. (Heimonen & Voutilainen 2001, 118.)

Sopimusvuoren kaikissa dementiahoitoyhteisöissä sovelletaan TunteVan (validaatio) sekä terapeuttisen yhteisöhoidon periaatteita. Validatio- sana tarkoittaa arvon antamista tai totena pitämistä. Ihmisen dementoituessa hänen tunteensa säilyvät loppuun asti vaikka älyllinen ja johdonmukainen suorituskyyky heikkenee. Tarkoituksena on hyväksyä sairastuneen ihmisen tunne ja kuunnella, mitä hän viestittää. Menetelmällä autamme ihmistä pysymään kiinni elämässä ja olemaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa. (TunteVa.) Terapeuttinen yhteisöhoito tarkoittaa asukkaan ja henkilökunnan yhdessä työskentelyä, joka antaa asukkaalle tunteen siitä, että hän kokee olevansa hyödyllinen ja osaa vielä toimia. Viikoittain asukkaat ja henkilöt kokoontuvat yhteisökokoukseen, jossa puhutaan yhteisistä asioista, lisäksi kodeissa pidetään ruokakokous sekä validaatio-, musiikkiterapia- ja kuvataideterapiaryhmiä. (Terapeuttinen yhteisöhoito käytännössä.)



Kodeissa asuvat asukkaat ovat kaikki erilaisia ja heidän sairautensa on eri vaiheessa. Henkilökunnan koulutustaustat ovat erilaisia. Heillä on oltava kyky toimia muistisairaana kanssa myötäeläen ja ymmärtäen. Kotien johtajat ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia. (Heimonen & Voutilainen 2001, 118.)

Ympäri Tamperetta toimivat kodit ovat itsenäisiä yksiköitä, joissa eletään perheenomaisesti. Henkilökunta ja asukkaat suorittavat päivittäisiä askareita yhdessä. Kodeissa ei ole erikseen siivous- tai keittiöhenkilökuntaa, vaan ohjaajat ja kodin johtaja tekevät työvuorollaan mitä eteen sattuu, kuten suihkuttelee tai saunottelee, toimii emäntänä keittiössä tai vaikka lähtee retkelle asukkaiden kanssa. Kykenevät asukkaat auttelevat ohjaajia keittiössä, pyykkäämisessä, lakanoiden vaihdossa, puutarhatöissä ym. arjen askareissa. Asukkaiden osallistuminen on tärkeää. (Heimonen & Voutilainen 2001, 118.)

Yksikerroksiset hoitokodit sijaitsevat eri puolilla Tamperetta rauhallisilla omakotitaloalueilla. Hoitokodit on suunniteltu ja rakennettu mahdollisimman tavallista omakotitaloa muistuttaviksi. Kodin keskus koostuu keittiöstä ja olohuoneesta, joiden ympärille yhden tai kahden hengen huoneet on sijoitettu. Jokaisella asukkaalla on huoneessaan henkilökohtaisia huonekaluja ja muistoesineitä. Sähköiset sängyt on otettu käyttöön helpottamaan asukkaan elämää ja työntekijän työtä. Kodeilla on omat saunat ja kauniit vehreät pihat, joihin on istutettu kukkia ja pensaita. Tilavia pihvoja ympäröivät tukevat, lukollisella portilla varustetut, aidat. (Heimonen & Voutilainen 2001, 119.)

Sopimusvuoren dementiahoitokodeissa on painotettu psyykkisen- ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen merkittävästi, mutta fyysistä toimintakykyä ylläpitävä tai parantava toiminta on jäänyt taka-alalle. Tämän takia Sopimusvuoren dementiahoitokoteihin on noussut tarve kehittää fyysisen toiminnan aktiivisuutta.

## 6.1 Ottokoti

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii ympärivuorokautista hoitoa muistisairaille tarjoava Ottokoti, joka on yksi Sopimusvuori Oy:n dementiahoitokodeista. Otto-koti sijaitsee Ranta- Kaarilassa ja siellä asuvat henkilöt sairastavat etenevää muistisairautta ja tarvitsevat ympärivuorokautista valvontaa ja hoitoa. Suurin osa asukkaista sairastaa Alzheimerin -tautia. Asukkaita Otto-kodissa on yhteensä 13. Otto-kodissa työskentelee yksi psykiatriseen sairaanhoitoon erikoistunut sairaanhoitaja, kuusi lähihoitajaa sekä yksi sosionomi. Ottokodin aktiivinen henkilökunta on kiinnostunut fyysisen toimintakyvyn ylläpidosta ja sen merkityksestä asukkaan sekä fyysiseen- että psyykkiseen hyvinvointiin.

## 6.2 Tiikeriryhmä 2010

Ottokoti osallistuu Tiikeri-ryhmä nimiseen projektiin, joka toteutuu vuoden 2010 aikana. Projekti on Tampereen kaupungin järjestämä ja sen tarkoituksena on kehittää sairaanhoitajien ja lähihoitajien kuntouttavaa työtettä vanhustenhoitoyksiköissä sekä pohtia, miten fyysistä toimintakykyä ylläpitävää tai edistävää toimintaa voisi lisätä enemmän osaksi arkea. Tiikeri-ryhmän ohjaajana toimii geriatri Lauri Seinelä. Hankkeeseen osallistuu Ottokodin lisäksi vanhustenhoitoyksiköitä ympäri Tamperetta. Tiikeri-ryhmän ensimmäinen kokoontuminen oli vuonna 2009 lokakuussa, seuraava kokoontuminen oli toukokuun 17. päivä 2010. Seuraava kokoontuminen pidetään lokakuussa 2010, jolloin aiheena on geroteknologia.

Kokoontumisissa yksiköille annetaan kotitehtävä, joka on tarkoitus purkaa aina seuraavalla kokoontumiskerralla. Kotitehtävinä on ollut suunnitella viikko-ohjelma, johon on sisällytettävä fyysiseen aktiivisuuteen aktivoivaa ohjelmaa sekä suunnitella ja toteuttaa retki tai tapahtuma, jolla on fyysistä toimintakykyä aktivoivaa vaikutusta.

## 7 KÄYTÄNNÖN TUTKIMUS

Opinnäytetyön toiminnallista osuutta varten laadin yksinkertaiset kirjalliset ohjeet Ottokodin henkilökunnalle fyysistä toimintakykyä aktivoivista liikkeistä, joita hyväksikäyttäen heillä oli mahdollisuus kehittää omaa kuntouttavaa työtötään. Jokainen liike on mietitty Alzheimerin taudin vaikutuksista fyysiseen toimintakykyyn -teoriatiedon perusteella. Liikkeet on kuvattu liitteessä (liite 1).

Liikkeet ovat yksinkertaisia arkiaskareiden ja päivittäisten toimien yhteydessä toteutettavia. Henkilökunnalla ei ole fysioterapeutin koulutusta, joten liikkeiden täytyi olla myös sen takia mahdollisimman helposti lähestyttäviä, jotta kynnys toteuttaa niitä asukkaiden fyysisen toimintakyvyn aktivoimiseksi ei olisi liian suuri.

Liikkeet on laadittu fysioterapian koulutusohjelmassa opitun pohjalta. Tampereella työskentelevä geriatriseen fysioterapiaan erikoistunut Kirsti Jännes on tarkastanut ja hyväksynyt Ottokodille tekemäni ohjeet. Kirsti on kiertänyt Sopimusvuoren dementiahoitokodeissa toteuttamassa fysioterapiaa talojen asukkaille. (Jännes 2010.)

### 7.1 Toimintatutkimus

Opinnäytetyöni tavoitteen saavuttamiseksi olen päättänyt käyttää toimintatutkimusta. Toimintatutkimus on työskentelytapa, joka on joustava ja suuntautuu käytäntöön niin kuin opinnäytetyön tavoite.

Toimintatutkimus on pääosin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen suuntaus. Toimintatutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa käytännön kehittämiseen järkeä käyttämällä. Toimintatutkimuksella tutkitaan ihmisen toimintaa ja sen ajatuksena on muutokseen pyrkiminen sekä tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin. Toimintatutkimuksen aihe ja asiasisältö voi olla melkein mikä tahansa ihmiselämään liittyvä asia. Se kohdistuu erityisesti sosiaaliseen toimintaan, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. (Kuula 1999, 10,11; Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 16.)

Toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Suunnitelmia kokeillaan käytännössä ja parannellaan kokemusten pohjalta, jolloin saadaan uusi paranneltu suunnitelma. Tätä prosessia kutsutaan toimintatutkimuksen sykliksi. (Heikkinen ym. 2006, 17,19.)

Toimintatutkija on aktiivinen vaikuttaja ja toimija, joka osallistuu tutkimaansa toimintaan. Hän tekee tutkimuskohteeseensa tarkoituksellisen muutokseen tähtäävän väliintulon. Toimintatutkija käynnistää muutoksen ja rohkaisee ihmisiä tarttumaan asioihin, jotta niitä voidaan kehittää heidän kannaltaan paremmiksi. Toimintatutkimuksessa pyritään rohkaisemaan ihmisiä luottamaan omiin kykyihinsä ja toimintamahdollisuuksiin. (Heikkinen ym. 2006, 19,20.)

Perinteisesti tutkija hankkii tutkittavan aineiston ulkopuolisesta näkökulmasta, mutta toimintatutkijalle omat havainnot tutkimusmateriaalin lisäksi ovat osa analysoitavaa aineistoa, joidenka pohjalta ymmärrys syntyy. Tätä hiljalleen syntyvän ymmärryksen ja tulkinnan prosessia kutsutaan hermeettiseksi kehäksi (hermeettinen prosessi =toimintatutkimus). (Heikkinen ym. 2006, 20.)

Raportti voidaan kirjoittaa minä - tai me -muodossa, jolloin siitä tulee kertova eli narratiivinen. Tutkimusraportissa on etenevä juoni: se alkaa jostakin, etenee tiettyjen juonenkäänteiden kautta vaiheesta toiseen ja päättyy johonkin. (Heikkinen ym. 2006, 21.)

## 7.2 Tutkimuksen toteuttaminen Ottokodissa

Ensimmäinen ajatus opinnäytetyön aiheelle syntyi tammikuussa 2010, jolloin sain kuulla, että osa Sopimusvuoren dementiahoitokodeista on osallistunut kuntouttavaa työtettä kehittävään ja asukkaiden fyysistä toimintakykyä sekä hyvinvointia ylläpitävään ja parantavaan hankkeeseen, joka kestäisi vuoden 2010. Tämän tiedon pohjalta otin yhteyttä Sopimusvuoren palvelujohtajaan, jolta kyselin mahdollista yhteistyökumppania yhdestä dementiahoitokodeista. Kaksi Ranta-Kaarilassa vierekkäin sijaitsevaa kotia olivat molemmat osallistuneet kuntouttavaa työtettä kehittävään hankkeeseen, ja erityisen aktiivisia kuntouttamaan asukkaiden fyysistä toimintakykyä. Seuraavaksi otin yhteyttä näiden kotien johtajiin ja kysyin olisivatko heidän kodit kiinnostuneita tekemään yhteistyötä fysioterapeuttipiskelijän kanssa. Molemmat kodit olivat kiinnostuneita, mutta ajanpuutteen ja työn rajauksen vuoksi valitsin vain Ottokodin yhteistyökumppaniksi. Ottokodin johtajan kanssa sovin yhteyshenkilöksi aiheeseen valveutuneen lähihoitajan, jonka kautta olin yhteydessä Ottokotiin.

Ensimmäinen tapaaminen Ottokodissa yhteyshenkilön kanssa toteutui maaliskuussa 2010. Tapaamisen aikana keskustelimme opinnäytetyöstä prosessina, opinnäytetyön mahdollisista aiheista sekä opinnäytetyön käytännön osuuden toteuttamisen mahdollisuuksista. Sain myös lisää tietoa hankkeesta ja sen toteutuksesta ja tarkoituksesta sekä yhteystiedot hankkeen vetäjään, johon olin myöhemmin sähköpostin välityksellä yhteydessä tarkempien faktojen saamiseksi. Tapaamisesta jäi vaikutus, että Ottokodin henkilökunta on innokas ja aktiivinen, joten edellytykset kehittää ja luoda uutta olivat olemassa. Tässä vaiheessa lopullista aihetta ei vielä ollut, joten tämän ensimmäisen tapaamisen pohjalta sovin palaverin ohjaavan opettajan kanssa, jonka avustuksella keksimme lopullisen, oppimistani tukevan ja Ottokodin henkilökuntaa parhaimmin palvelevan, aiheen.

Lopullisen opinnäytetyön aiheen selkiytyttyä otin uudestaan yhteyttä Ottokotiin ja sovimme yhteyshenkilön kanssa uuden tapaamisen. Tämän tapaamisen aikana

minun oli tarkoituksena havainnoida ja arvioida kahden vakituisen työntekijän kuntouttavan työotteen toteutumisen tasoa sillä hetkellä, ennen kuin minä puuttuisin asiaan. Lisäksi minun tuli tässä vaiheessa opinnäytetyöprosessia miettiä minkälainen tutkimuksellinen lähestymistapa sopisi parhaiten opinnäytetyön käytännön tutkimuksen toteuttamiselle. Päädyin toteuttamaan opinnäytetyöni toimintatutkimuksella.

Seuraavalla tapaamisella havainnoin kuntouttavan työotteen sen hetkistä toteutumista. Töissä oli kaksi vakituista työntekijää. Käytännössä tilanne eteni niin, että olin itse mukana seuraamassa asukkaiden aamutoimien yhteydessä tapahtuvaa hoitoa ja miten ohjaaja käytti kuntouttavaa työotetta ja otti huomioon asukkaan fyysisen toimintakyvyn. Arvioin ja tein muistiinpanoja tilanteista. Näiden havainnointien ja muistiinpanojen pohjalta tein ohjeet Ottokodin henkilökunnalle siitä, miten he voisivat aktivoida asukkaan fyysistä toimintakykyä tehokkaammin hoitotilanteissa. Muistiinpanojen ja arvioinnin lisäksi käytin hyväksi teorian tietoa siitä, miten Alzheimerin tauti vaikuttaa sairastuneen fyysiseen toimintakykyyn ja minkälaisilla harjoituksilla fyysinen toimintakyky ylläpysyy ja paranee tai hidastaa sen heikkenemistä.

Keskustelimme yhteyshenkilön kanssa tekemistäni havainnoista ja annoin tekemäni ohjeet yhteyshenkilölle, joka lupasi laittaa ne esiin niin, että ohjeet olisivat koko henkilökunnan luettavissa. Kävimme läpi ohjeissa olevat liikkeet keskustelemalla sekä näytin käytännössä Ottokodin asukkailla miten liikkeet tulee toteuttaa. Tämän ensimmäisen varsinaisen ohjauskerran aikana sain muodostettua itselleni toimintamallia, miten tulisin ohjauksen jatkossa suorittamaan.

Toimintatutkimuksen mallilla jatkoin seuraavalla tapaamisella yhteyshenkilön kanssa. Tarkoituksena oli saada palautetta, parannusehdotuksia ja kehitettävää yhteyshenkilöltä antamistani ohjeista ja vinkeistä sekä siitä, miten hän oli ottanut niitä käyttöönsä omaan työhönsä ja miten ne olivat käytännössä onnistuneet. Hän oli toteuttanut osaa liikkeistä hoitotilanteiden yhteydessä ja oli omien sanojensa mukaan tyytyväinen ja että antamani ohjeet olivat toimineet käytännössä ja osa

jopa helpottanut työn tekoa. Keskustelun lisäksi näytin yhteyshenkilölle miten passiiviset venytykset voidaan toteuttaa asukkaalle vuoteessa ja minkälaiset ovat oikeat otteet. Myös työergonomiaan kiinnitin tässä yhteydessä huomion ohjaamalla yhteyshenkilöä asettamaan asukkaan sängyn oikealle korkeudella niin, että ohjaajan selkä pysyy hyvässä asennossa venytyksiä toteutettaessa sekä miten jaloista ja vartalosta saa voimaa, jottei kaikkea työtä tehtäisi vain käsillä.

Seuraavat kevään aikana toteutuvat ohjauskerrat sovin yhteyshenkilön kanssa hyvissä ajoin. Näillä tapaamisilla minun oli tarkoitus antaa ohjausta mahdollisimman monelle vakituiselle työntekijälle, mutta myös usein Ottokodissa työskenteleville sijaisille sekä aiheesta kiinnostuneille opiskelijoille, joita Ottokodissa oli tekemässä omaa käytännönharjoittelun jaksoa. Ohjauskertoja, joissa en ollut tekemisissä yhteyshenkilön kanssa, oli yhteensä viisi. Suurin osa ohjauskerroista tapahtui iltavuorossa iltatoimien yhteydessä, sillä minulle oli helpompi sopia tapaamisia iltapäiville, koska aamupäivät oli pääosin varattu opiskeluille tai töille.

Yhteyshenkilön oli määrä ilmoittaa henkilökunnalle, milloin olen tulossa ohjaamaan heitä. Toivoin henkilökunnan lukevan ohjeeni ennen tapaamista. Ohjauskerrat aloitettiin keskustelemalla hetki ohjattavan työntekijän kanssa ohjaamisen kulusta, jonka jälkeen lähdin ohjaajan ja asukkaan mukana seuraamaan hoitotilanteita. Hoitotilanteet tapahtuivat vessassa, joten ylimääräisiä häiriötekijöitä ei ollut. Tosin oma läsnäolo saattoi vaikuttaa joidenkin asukkaiden käyttäytymiseen aiheuttamalla levottomuutta, mutta pääosin asukkaat toimivat hyvin yhteistyössä. Tilanteen edetessä näytin käytännössä asukkaalla, mitä olen ohjeissani olevilla liikkeillä tarkoittanut ja miten niitä voi hoidon yhteydessä toteuttaa. Hoitotilanne vaati luonnollisesti hieman enemmän aikaa kuin se normaalisti vaatisi. Aktiivisempien hoitajien kanssa sain viriteltyä aikaan hyviä keskusteluja. Myöhemmin keskustelua jatkettiin Ottokodin toimistossa. Jokaisella kerralla kävin ohjattavan työntekijän kanssa tekemäni ohjeet vielä kertaalleen läpi niin, että työntekijä todella ymmärsi, mistä kussakin liikkeessä on kyse. Samoin perustelut liikkeille käytiin vielä yhdessä läpi. Tämän jälkeen haastattelin avoimesti työntekijää omista tuntemuksista ja

pyysin antamaan palautetta siitä, miten ohjeet mahdollisesti auttavat työntekijää kehittämään omaa kuntouttavaa työtettä.

Loppukesästä sovin vielä pari tapaamista yhteyshenkilön kanssa, tarkoituksena kysellä kuulumisia ja palautetta omasta panoksestani Ottokodin kuntouttavan työotteen kehittämisessä. Tähän aiheeseen palaan tarkemmin pohdinnassa ja oman oppimisen arvioinnissa.

Ottokoti, iltavuoro 20.4.2010

Saavuvin paikalle noin klo 17.00, sovittuun aikaan. Asukkaat syövät päivällisen noin neljän ja viiden välillä, minkä jälkeen osa heistä autellaan iltakuntoon. Tänä iltana suurin osa asukkaista oli kuitenkin jo laitettu iltakuntoon ennen saapumistani, joten pääsin seuraamaan ja ohjaamaan vain yhden asukkaan iltatoimia. Ohjaamani ohjaaja oli omien sanojensa mukaan tutustunut nopeasti antamiini ohjeisiin, joten oletin että ohjaustilanteessa pystyisin tehokkaammin näyttämään ja selostamaan ohjeissa olleita liikkeitä. Tilanne vaikutti hieman kiireiseltä ja sekalaiselta, mutta yritin parhaani mukaan kertoa ohjeita ja ohjata kuntouttavan työotteen ja asukkaan fyysisen toimintakyvyn paranemiseen ja ylläpysymiseen. Iltatoimien jälkeen asukas ohjattiin olohuoneeseen istumaan.

Tämän jälkeen hoitajalla oli aikaa istahtaa kanssani keskustelemaan opinnäytetyöstäni ja sen tavoitteista. Hän ei ollut saanut tarkempaa informaatiota työni aiheesta ja toteutustavasta, joten kerroin hänelle työstäni. Samalla kävimme läpi kirjoittamiani ohjeita tarkemmin. Hän tuntui tyytyväiseltä ja sanoi ottavansa mielellään omaan työhönsä avuksi antamiani ohjeita. Pyysin häntä antamaan yhteyshenkilölle palautetta ohjeista, miten toimivat käytännössä, mitä on parannettavaa ja ovatko ne realistisia, tai sitten suoraan minulle, jos näen häntä seuraavilla vierailuillani Ottokodissa. Kannustin häntä toteuttamaan kuntouttavan työotteen kehittämistä ja kokeilemaan rohkeasti liikkeiden toteuttamista hoitotyön ohella sekä arjen keskellä. Kehotin häntä kokeilemaan eri asukkaiden kanssa eri



liikkeitä ja etsimään kullekin asukkaalle sopivia keinoja fyysisen toiminnan aktivoimiseen. Lisäksi kerroin, että ohjaajan kannattaa edetä omaan tahtiin kuntouttavan työotteen kehittämisessä ja ottaa vähitellen uusia tekniikoita käyttöön, jotta urakka ei tuntuisi liian suurelta ja mahdottomalta. Jokainen pieneltäkin tuntuva fyysistä toimintaa aktivoiva harjoite on asukkaalle suuri asia, jolla todellakin on merkitystä niin henkiseen kuin fyysiselle hyvinvoinnille päivittäin tai useita kertoja viikossa toteutettuna.

Ottokoti, aamuvuoro 24.4.2010

Aamuvuorossa oli yksi usein Ottokodissa työskentelevä sijainen sekä yksi vakituinen työntekijä ja opiskelija. Vakituksella työntekijällä oli ohjauksessa opiskelija, joten keskityin tekemään yhteistyötä sijaisen kanssa. Kerroin lyhyesti hänelle opinnäytetyöstäni, sen tavoitteesta ja tarkoituksesta sekä käytännön prosessista. Lyhyen keskustelutuokion jälkeen lähdimme auttamaan asukkaita aamukuntoon ja aamupalalle. Työntekijä oli erittäin vastaanottavainen ja kiinnostunut aiheesta. Keskustelimme puolin ja toisin kuntouttavasta työotteesta ja sain häneltä lisää ideoita sen kehittämiseen ja liikkeitä laatimiini ohjeisiin. Työntekijä pystyi ottamaan paljon ohjausta vastaan ja oli hyvin kiitollinen, joten tästä ohjauskerrasta tuntui olevan hyvin paljon hyötyä sekä työntekijän kehittymiselle sekä minulle oppijana. Asukkaat, joiden kanssa tänä aamuna toteutimme kuntouttavaa työotetta kehittävässä mielessä, olivat mielissään ja yhteistyökykyisiä.

Aamutoimien jälkeen istuimme vielä toimistoon juttelemaan kahden kesken tilanteista ja ohjeista, jotka käytiin vielä tarkemmin perusteineen läpi. Työntekijä myös kyseli ohjausta siihen, miten muistisairasta tulisi ohjata. Tästä sain ajatuksen lisätä omaan raporttiinikin kappaleen, jossa käsitellään muistisairaahan ohjausta.

Ottokoti, iltavuoro 4.5.2010

Saavuvin Ottokotiin jälleen iltavuoroon ohjaamaan. Töissä oli kaksi vakituista työntekijää ja yksi sijainen. Tänä iltana tarkoituksena oli ohjata toista vakituista työntekijää iltatoimien yhteydessä. Tapaamisesta oli sovittu jo aikaisemmin ja työntekijällä oli tieto tästä, mutta kuitenkin hän ei ollut perehtynyt antamiini ohjeisiin ennen ohjaustani juuri ollenkaan, eikä hän muutenkaan vaikuttanut kovin vastaanottavaiselta, joten lähtökohdat tämänkertaiselle ohjaukselle olivat hankalat.

Huomasin nopeasti tämän illan ohjauskerran edetessä, että työntekijä ei arvosta apuani ja ohjaustani, joten siirryin melko nopeasti itsenäiseen työskentelyyn asukkaiden hyväksi. Kävin kolmen asukkaan kanssa läpi yksinkertaisia voimisteluliikkeitä, joita ohjeisiini olen kirjannut. Näiden kolmen asukkaan kohdalla tarkoitukseni oli selvittää minkälainen heidän fyysinen toimintakykynsä oli ja miten ja minkälaista ohjausta he pystyvät ottamaan vastaan. Ajatuksena oli rohkaista myös henkilökuntaa toteuttamaan intensiivisemmin kuntouttavaa työotetta, jos he saisivat minulta konkreettista tietoa siitä, miten hyvin ohjausta asukkaat pystyvät ottamaan vastaan ja minkälaisia liikkeitä asukkailla on resulsseja toteuttaa. Näiden kolmen asukkaan kohdalla jouduin sanallisen ohjauksen lisäksi käyttämään paljon visuaalista ohjausta sekä yhden asukkaan kohdalla myös manuaalista ohjausta. Oikeita ohjauskeinoja hyväksi käyttäen asukkaat pystyivät suorittamaan valitsemiani liikkeitä. Tuloksistani annoin lyhyen raportin yhteyshenkilölle, joka kirjoitti havaintojani ylös kaikkien luettavaksi. Tämänkertainen ohjaus ei mennyt aivan suunnitelmani mukaan, mutta olin itse tyytyväinen omatoimisuudestani ja siitä, että itsellenikin oli ammattitaitoa ja osaamista lähteä toteuttamaan suunnitelmasta poikkeavaa ohjausta asukkaiden kanssa.

Tiikeriryhmän kokous 17.5

Kokouksessa käsiteltiin edelliskerran tapaamisella annettua kotitehtävää, jonka aiheena oli suunnitella ja toteuttaa fyysistä toimintakykyä aktivoiva retki tai

tapahtuma. Jokainen paikalla ollut vanhushoitoyksikön edustaja esitteli suunnitelmansa ja mahdollisesti toteutuneen suunnitelman kulun. Opinnäytetyölleni kokous ei antanut mitään uutta, mutta koska hankkeen tavoitteet olivat hyvin lähellä opinnäytetyöni tavoitteita, päätin mennä mielenkiinnosta seuraamaan minkälaisia asioita kokouksessa käsiteltiin tällä kertaa.

Ottokoti, iltavuoro 19.5.

Iltavuorossa oli yksi vakituinen työntekijä, yksi sijainen sekä kaksi opiskelijaa. Tänä iltana toteutin ohjauksen eri tavalla kuin aikaisemmin. Tarkoituksena oli ohjata yhtä vakituista työntekijää, mutta koska toinen opiskelijoista oli sen verran kiinnostunut kuntouttavasta työtoteutuksesta, tuli hänkin kuuntelemaan ajatuksiani ja seuraamaan ohjaamistani. Sain houkuteltua yhden asukkaista mukaamme asukkaan omaan huoneeseen, jossa kävimme läpi ohjeissa olevat passiiviset venytykset ja oikeat otteet venytysten suorittamiseen. Asukas toimi mallina, jolle venytykset tehtiin sängyllä. Venytykset olivat passiivisia, joten ohjasin työntekijöitä kiinnittämään huomiota heidän omiin otteisiinsa sekä työergonomiaan. Kaikilla asukkailla on sähkösätky, joten sängyn korkeutta on helppo säädellä ja siten helpottaa omaa työasentoa venytyksiä suorittaessa tai muuta sängyssä tapahtuvaa jumppaa toteutettaessa. Asukas toimi kanssamme hyvässä yhteistyössä ja oli mielissään saamastaan huomiosta. Venyttelytuokion jälkeen asukas kehui oloaan vetreäksi ja hyväksi.

Tämän jälkeen siirryimme vielä toimistoon keskustelemaan työntekijän ja opiskelijan kanssa. Seuraamme liittyi vielä toinenkin asiasta kiinnostunut opiskelija. Yhdessä kävimme läpi Ottokodille tekemäni ohjeet ja perustelin samalla valitsemiani liikkeitä ja mihin ne vaikuttavat ja miksi juuri niitä olisi hyvä suorittaa esimerkiksi hoitotoimien yhteydessä. Molemmat opiskelijoista olivat hyvin innostuneita asiasta, joten he pyysivät minua lähettämään ohjeet myös heille heidän sähköpostiinsa.

Ottokoti, iltavuoro 23.5.2010

Tämän iltapäivän ohjaustuokio kesti muutaman tunnin ja ohjauksessani oli Ottokodin vakituinen työntekijä. Ohjaus suoritettiin samalla tavalla kuin aikaisemmilla kerroilla. Työntekijä toimi hyvässä yhteistyössä hoitotilanteissa ja yhdessä kävimme läpi käytännössä miettimiäni liikkeitä, jotka asukkaat suorittivat näissä tilanteissa.

Kahdenkeskisessä keskustelussa kävi ilmi, että työntekijä oli ollut ennen ohjauskertaani hieman skeptinen ohjaustani sekä laatimiani ohjeita kohtaan. Tämän ohjauskerran jälkeen hän kuitenkin innostui asiasta enemmän ja oli mielissään hyvistä ohjeista ja aikoi jatkossa toteuttaa aktiivisemmin kuntouttavaa työotetta ja käyttää ohjeitani enemmän hyväksi työnsä ohessa.

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella, laatia ja ohjata asukkaiden fyysistä toimintakykyä aktivoivia liikkeitä Ottokodin henkilökunnalle kuntouttavan työotteensa kehittämisen tukemiseksi. Tavoitteena oli kehittää henkilökunnan kuntouttavaa työtettä. Kuntouttavan työotteen tarkoituksena on parantaa ja ylläpitää muistisairaana fyysistä toimintakykyä tai hidastaa sen heikkenemisen etenemistä.

Lähtökohdat Ottokodissa kehittämistehtävälle olivat hyvät. Henkilökunta oli aktiivista ja asiaan perehtynyttä sekä kiinnostunut asukkaiden fyysisen hyvinvoinnin merkityksestä muihin toimintakyvyn osa-alueisiin. Kuntouttavan työotteen tavoitteena Ottokodissa on, että asukas pystyisi liikkumaan mahdollisimman pitkään ja että vuodepotilasaika olisi mahdollisimman lyhyt.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia henkilökunnan kuntouttavan työotteen kehittämistä tukevia liikkeitä, joita hyväksikäyttäen työntekijä pystyisi aktivoimaan asukkaan fyysistä toimintakykyä hoitotilanteiden yhteydessä. Laatimillani ohjeilla toin ajatuksia ja vaihtelua siihen, miten kuntouttavaa työtettä voisi kehittää ja mitä muuta se voi olla kuin antaa asukkaan toimia mahdollisimman itsenäisesti päivittäisissä toimissa. Kuntouttava työote tarkoittaa myös asukkaan fyysistä toimintakykyä aktivoivaa toimintaa, jossa asukasta ohjataan liikkumaan arkiaskareiden ohella.

Ohjaustilanteissa apu otettiin vastaan vaihtelevasti. Haastavinta oli kohdata työntekijä häntä ohjaavana opiskelijana ja toimia tilanteessa mahdollisimman ammattitaitoisesti ja uskottavasti. Oli myös kiinnitettävä huomiota siihen, ettei työntekijä tuntenut hoitotilanteissa paineita tai ahdistusta seurassani, joten keskustelevalta ja pohdiskelevan ilmapiirin luominen tilanteisiin oli mielestäni mielekäs lähestymistapa ohjaamisessa. Myös oma aktiivisuus ja osallistuminen hoitotilanteissa laukaisi jännityksiä ja antoi työntekijälle mahdollisuuden seurata ja oppia kun näytin liikkeitä asukkailla käytännössä.

Ammattitaitoon kuuluu kohdata työntekijä mahdollisimman neutraalisti siitä huolimatta, vaikka persoonallisuudet eivät kohtaisi. Pysin ohjaamaan passiivisempiakin työntekijöitä niin että he olisivat saaneet edes vähän hyötyä ohjauksestani. Motivointi nousi passiivisempien työntekijöiden kohdalla oleelliseksi. Yritin motivoida tällaista omalla ammattitaitoisella lähestymistavalla, innokkuudella, perustelemalla väittämäni asiat mahdollisimman selkeästi ja huolellisesti, sillä yhdessä ohjaustilanteessa työntekijälle tuli paljon uutta informaatiota. Valitettavasti ajanpuutteen vuoksi työntekijöillä ei ollut mahdollisuus kuin yhteen ohjaukseen, jonka aikana yritin saada kehittämis ehdotuksia ohjattua työntekijälle niin tehokkaasti kuin mahdollista. Oli mietittävä etukäteen tiivis informaatiopaketti työntekijälle siitä, miten heidän olisi mahdollista lähteä yksinkertaisesti kehittämään omaa kuntouttavaa työtettä.

Korostin työntekijöille kaikkien liikkeiden merkitystä ja sitä kuinka ne vaikuttavat positiivisesti fyysiseen toimintakykyyn kun niitä tehdään säännöllisesti päivittäin. Kuntouttavan työtteen tarkoituksena ei ole ohjata jokaiselle asukkaalle henkilökohtaisesti joka aamu puolen tunnin ”jumppaa”, jotta liikunnalla olisi merkitystä, vaan ajatuksena on että pienillä teoilla pystytään vaikuttamaan asukkaan fyysiseen toimintakykyyn kun niitä tehdään päivittäin.

Kriittinen pohdinta luo lähtökohtia uuden oppimiselle, joten mielestäni on tärkeää pohtia myös niitä asioita, jotka olisi voinut tehdä toisin. Ennen opinnäytetyön käytännön osuuden aloittamista, minulla olisi voinut olla tarkempi suunnitelma tutkimuksen etenemisestä sekä laajempi teoretieto aiheesta. Vasta raporttia kirjoittaessa kokonaiskuva aiheesta avautui selkeämmin. Vankemmalla teoretietopohjalla olisin saanut perustellumpaa tietoa Ottokodin henkilökunnalle sekä kuulostanut vakuuttavammalta. Joidenkin ohjaustilanteiden jälkeen tuntui, että en ollut saavuttanut niin paljon kuin olisin toivonut. Toisaalta näissä tilanteissa nousi jälleen erot työntekijöiden motivaatioissa ja asenteissa aihetta kohtaan. Vaikka suurin osa työntekijöistä oli hyvin valveutuneita, mahtui tähän pieneen joukkoon myös niitä, joille ideoita ja ajatuksia sai perustella sinnikkäämmin. Mietin myös, olisiko laatimani ohjeet voineet olla yksinkertaisempia tai

mielenkiintoisempaan muotoon laadittu, jopa osittain kuvallisia. Yhteyshenkilö oli pyynnöstäni ohjeistanut henkilökuntaa lukemaan ohjeet läpi ennen ohjaustilanteita, mutta jokaisella kerralla kun saavuin ohjaamaan työntekijää, sain käsityksen ettei niihin oltu perehdytty niin tarkkaan kuin olisin toivonut, mikä olisi helpottanut ohjaustilanteiden sujuvuutta ja työntekijä olisi ehkä oppinut enemmän tilanteesta. Sovimme yhteyshenkilön kanssa, että hän ”markkinoi” minua henkilökunnalle ja kertoo heille mahdollisuudesta ohjaukseen, johon jokainen oli suostunut. Tietenkin yhteyshenkilönkin voimavarat olivat hänen omien töiden ohella rajalliset, joten uskon että hän teki voitavansa mainostaessaan minua ja opinnäytetyön aihetta henkilökunnalle.

Keskustelu ja ohjeiden tarkempi tarkastelu käytiin vasta hoitotilanteiden eli käytännön tilanteiden jälkeen. Pohdin, olisiko keskustelu kannattanut käydä ennen hoitotilanteisiin siirtymistä. Tämä olisi ollut hankala järjestää, sillä vasta iltatoimien jälkeen työntekijällä oli aikaa istahtaa hetkeksi juttelemaan. Lisäksi ajattelin että ohjeisiin olisi tutustuttu tarkemmin ennen ohjaustilanteita, joten luulin että työntekijöillä omalla ohjausvuorollaan olisi ollut tarkempi tietämys siitä mitä tuleman pitää.

Olen luonteeltani kovin kriittinen, joten löydän aina korjattavaa ja parannettavaa tekemisistäni ja tuotoksistani. Toisaalta näen sen hyvänä lähtökohtana oppimiselle, mutta samalla täytyisi muistaa arvostaa kaikkea työtä, oli se sitten onnistunutta tai epäonnistunutta ja nähdä kokonaisuus positiivisesti. Työ olisi voinut olla paljon haastavampi, jos olisin tehnyt työn jollekin toiselle kodille, jossa kuntouttava työote ei olisi vielä juurtunut yhtä tehokkaaksi toimintamalliksi kuin Ottokodissa. Silloin lähtökohdat ja odotukset olisivat olleet alempana. Henkilökunnan palautteen perusteella sain aikaiseksi annettua hyödyllisiä ohjeita heidän työhönsä, joita he aikovat jatkossa ottaa mukaan omaan työotteeseensa aktiivisemmin. Ajatuksena on, että jokainen kehittää omaa toimintaansa vähätellen. Moni kuvasi että ohjauskerta oli silmiä avaava ja että he olivat saaneet uusia näkökulmia hoitotilanteiden toteuttamiseen ja arkiaskareiden keskelle. Itse sain myös joitakin uusia ideoita ohjeisiini työntekijöiltä.

Kaiken kaikkiaan onnistuin mielestäni käytännön osuuden toteuttamisessa kohtalaisesti. Toisten kanssa kemiat luonnollisesti kohtaa paremmin, mutta onnistuin myös tekemään yhteistyötä niiden kanssa, jotka olivat hieman haastavampia ohjattavia kuin toiset. Pystyin pitämään oman käyttäytymiseni mahdollisimman ammatillisena ja antamaan jokaiselle jotakin itsestäni. Liikkeitä perustelin myös hyvin siihen nähden, että olisin itse kuitenkin kaivannut itseltäni syvempää teoretietoa aiheesta. Jokainen liike on laadittu niiden fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden pohjalta, mitä Alzheimerin tauti tuo edetessään. Pari hankalaa tilannetta oli, jolloin asukas oli levoton hoitotilanteessa, näissä tilanteissa onnistuin kohteliaasti poistumaan sivummalle ja ohjausta jatkettiin seuraavan asukkaan kanssa. Tilanteissa oli helppo olla luontevasti, sillä olen itse tehnyt sijaisuuksia Sopimusvuoren dementiahoitokodeilla kahden ja puolen vuoden ajan.

Ottokotiin on juurtunut kuntouttavan työotteen toimintamalli, josta heidän on hyvä jatkaa ja kehittää sen toteuttamista, sillä kuntouttavaa työtettä voi mielestäni kehittää pitkälle ja sen toteuttaminen muuttuu aina tilanteiden ja asukkaiden voinnin mukaan. On selvää, että kaikilla asukkailla sairaus on eri vaiheessa ja että jokainen tarvitsee erilaista ohjausta ja eri osa-alueisiin on kiinnitettävä huomiota jokaisen kohdalla. Ohjaajan tehtävänä on tunnistaa nämä fyysisen toimintakyvyn osa-alueet, millä asukas tarvitsee kuntoutusta. Ottokodissa ohjaajat ovat niitä, jotka tuntevat asukkaidensa liikuntakyvyn ja muutokset siinä.

### 8.1 Oman oppimisen arviointi

Lähteitä aiheesta oli käytettävissä melko paljon, mutta tutkittua tietoa kuntouttavan työotteen hyödyistä, kehittämisestä ja muistisairaankuntouttamisesta oli vähän. Tutkimusten löytäminen oli hankalaa, mikä turhautti välillä. Ulkomaalaisia lähteitä olisi saanut käyttää rohkeammin. Aikataulut onnistui aika lailla suunnitelmien mukaan, vaikka raportin kirjoittaminen myöhästyi. Toisaalta työskentelen tehokkaammin tiukan aikataulun ja pienen paineen alla.



Oma ammatti-identiteetti vahvistui käytännön toteutuksen aikana. Vastuun ottaminen ja yksin tutkimuksen toteuttaminen toivat itsevarmuutta ja varmemmat lähtökohdat tulevia koitoksia ajatellen. Käytännön osuuden aikana huomasin, että pystyn itsenäisestikin toteuttamaan ja luomaan ajatuksia sekä suunnitelmia. En voi väittää ettenkö olisi kaivannut tukea ja toista mielipidettä asioista, mutta oppimisen kannalta juuri yksin toteutettu tutkimus ja raportointi opettivat minua tehokkaasti.

## 8.2 Ehdotus jatkotutkimukselle

Muistisairaisiin ja ikääntyviin kohdistuvaa kuntouttavaa työtettä voidaan yrittää kehittää missä vain, mutta asenteissa on paljon korjattavaa. Tietoa ja perusteluja muistisairaahan fyysistä toimintakykyä aktivoivan toiminnan kannattavuudesta voidaan antaa jokaisessa vanhustenhoitoyksikössä, mutta mielestäni kuntouttavan työtteen kehittämisen motivoinnissa voisi olla seuraavalle työlle aihe. Itselläni on näkemys, että yllättävän monessa vanhustenhoitoyksikössä kyseenalaistetaan ikäihmisten kuntoutuksen vaikuttavuus ja kuntouttavan työtteen kannattavuus tutkimusten vähäisyyden perusteella. Pohdin miten kuntouttavan työtteen vaikuttavuutta voisi markkinoida tehokkaammin vanhushoitoyksiköiden henkilökunnalle. Yksi mahdollinen lähestymistapa voisi olla kuntouttavan työtteen vaikuttavuuden mittaaminen ja mahdollisten positiivisten tulosten hyväksikäyttö hoitohenkilökunnan motivoimisessa.

Ehdottamani tutkimus voitaisiin toteuttaa vanhustenhoitoyksikössä, jossa henkilökunnalle ohjeistettaisiin muutama yksinkertainen liike, joita toteutettaisiin joka päivä muutaman hoitoyksikössä asuvan henkilön kohdalla muutaman kuukauden ajan. Jotta henkilökunta jaksaisi sitoutua tähän muutamaksi kuukaudeksi, voisi olla järkevää rajata liikkeiden toteuttaminen vain osalle asukkaista. Alkutilanteen voisi kartoittaa havainnoimalla ikäihmisen liikkumista sekä joillakin konkreettisilla päivittäisten toimintojen onnistumisilla, kuten sukan laitto jalkaan. Lähtökohdat olisi tärkeää kirjata ylös huolellisesti.

Tutkimuksen edetessä olisi hyvä tehdä seurantakäyntejä yksikköön, kysellä kuulumisia sekä motivoida ja tarkistaa, että henkilökunta on edelleen sitoutunut suorittamaan valittuja liikkeitä ikäihmisille päivittäin. Loppumittaukset tapahtuisivat jälleen havainnoimalla ikäihmisten liikkumista ja päivittäisistä toimista suoriutumista sekä henkilökuntaa haastatteleamalla. Tulokset olisi raportoitava tarkasti alku- ja lopputuloksineen. Itse uskon että kuntouttavalla työotteella on hyvin paljon merkitystä ikäihmisen fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen hidastumisessa ja jos tähän saataisiin enemmän konkreettisia tutkimuksia tehtyä, uskoisin niiden motivoivan hoitohenkilökuntaa toteuttamaan kuntouttavaa työtettä tehokkaammin ja kehittävän sitä kukin tahollansa.

## LÄHTEET

Cederqvist, K., Paetau, A. & Haltia, M. 1998. Aivojen amyloidiangiopatia – alidiagnosoitu aivoverenvuotojen syy. Luettu: 1.7.2010. <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?>.

Coste Koenig, J. 2003. Learning to Speak Alzheimer's – The New Approach to Living Positively with Alzheimer's Disease. 1. painos. Vermilion, an imprint of Ebury Press, Random House, London.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2007. Alzheimerin taudin eteneminen vaiheittain. Luettu: 1.7.2010. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=amh00013](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=amh00013).

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. 2. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää, muistihäiriöt ja dementia. Porvoo: WSOY.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 1. painos. Vantaa: Dark Oy.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 1997. Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2001. Dementoituvan hoitopolku. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 2004. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen loppu. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Juva, K. 2009. Alzheimerin tauti. Luettu: 1.7.2010. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00699](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699).

Jännes, K. geriatriseen fysioterapiaan erikoistunut fysioterapeutti. 2010. Haastattelu: 27.8.2010. Haastattelija Klemetti, J. Tampere. Pirkka-Hoito Oy.

Kauffman, L.T., Barr, J.O. & Moran, M.L. 2007. Geriatric Rehabilitation Manual. Second Edition. Printed in China.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntouttamisen mahdollisuudet. 1. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöytä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Käyhty, M. & Palosaari, M. 2001. Aktiivista fyysistä harjoittelua myös dementiapotilaille. Fysioterapia 2/2001, 26-27.

Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Päivitetty: 13.8.2010. Luettu: 1.7.2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044#s10>

Rissanen, P. Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. 2.painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Sopimusvuori. Luettu: 16.6.2010. <http://www.sopimusvuori.fi/dementiahoito/suomi-index.htm>.

Sopimusvuoren historiaa. Luettu: 16.6.2010. <http://www.sopimusvuori.fi/dementiahoito/historia.htm>.

Sulkaa, R., Alhainen, K. & Viramo, P. 2004. Vaikea dementia – Opas potilaan läheisille. Luettu: 1.7.2010. [http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/modules/doku/files/25/Vaikea\\_dementia\\_laheisille.pdf](http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/modules/doku/files/25/Vaikea_dementia_laheisille.pdf).

Suominen, M., Kannus, P., Käyhty, M., Ahvo, L., Rahikainen, M-L., Kaikkonen, H., Timonen, L., Koivula, M., Berg, T., Salmelin, M. & Jalkanen-Mayer, A. 2001. Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Talvitie, U., Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Telaranta, P. 2001. Alzheimerin tauti osana elämää ja elämänosana. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Terapeuttinen yhteisöhoito käytännössä. Luettu: 16.6.2010. <http://www.sopimusvuori.fi/dementiahoito/terapeuttinenyhteisohoito.htm>.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. 2. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

TunteVa. Luettu: 16.6.2010. <http://www.sopimusvuori.fi/dementiahoito/validaatio.htm>.

Viramo, P. (toim.) 2001. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen ihmisen arkeen. Opas ammattihenkilöstölle. 4.painos. Sarja: Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001. Kustantaja: Novartis Finland Oy.

What is Alzheimer's. 2010. Luettu: 15.7.2010.  
[http://www.alz.org/alzheimers\\_disease\\_what\\_is\\_alzheimers.asp](http://www.alz.org/alzheimers_disease_what_is_alzheimers.asp).

Muisti ja muistisairaudet. Luettu: 15.3.2010.  
[http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/).

## Ohjeet kuntouttavan työotteen kehittämiseksi Ottokodissa

Osa liikkeistä kannattaa suorittaa mielikuvaharjoitusten avulla, jos asukas ei muilla ohjauskeinoilla hahmota liikkeen suorittamista (esim. poimitaan maasta kukkia, kurotellaan hyllyltä esineitä). Voit kokeilla ohjata asukasta näyttämällä, ohjaamalla sanallisesti tai manuaalisesti (kosketuksen avulla) liikkeen hänelle.

WC-istuimella tehtäviä harjoituksia, hoitotilanteiden yhteydessä suoritettavia:

- Ojenna ja ota vastaan itse pukeutuvalta asukkaalta vaatteet WC-istuimen sivusta, näin asukas joutuu kiertämään selkärankaa ottaessaan vastaan tai ojentaessaan vaatteita. Vaihtele puolta, jotta kiertoja tulisi tasaisesti molemmille puolille. Huomio myös, että asukas kiertää myös kaularankaa liikkeen mukana eli seuraa katseellaan. Ohjeista asukasta ojentamaan vaate sinulle kaksin käsin.
- Voit ohjata asukasta kurottamaan suoraan eteenpäin, sivuille ja ylös yksi käsi tai molemmat kädet kerralla. Tämä liike aktivoi tasapainoa, vatsalihaksia sekä parantaa tai ylläpitää olkanivelen liikkuvuutta.
- WC-istuimella asukasta voi ohjata ojentamaan polvia suoraksi vuorotellen. Tämä liike voidaan toteuttaa mielekkäästi myös kenkien, sukkien ja housujen laiton yhteydessä, varsinkin jos asukas ei itse kykene pukemaan niitä jalkaan. Liikkeen tarkoituksena on aktivoida etureisilihaksia sekä parantaa tai ylläpitää polvinivelen liikkuvuutta.
- Ohjaa asukasta nostamaan kantapäitä irti lattialta vuorotellen tai yhtä aikaa. Jos asukkaan on hankala hahmottaa tätä liikettä, voit ohjata manuaalisesti häntä suorittamaan kyseisen liikkeen. Liikkeen tarkoituksena on aktivoida pohjelihasta sekä parantaa tai ylläpitää nilkkanivelen liikkuvuutta.

JATKUU

## LIITE 1 2/5

- Voit ohjata asukasta nostamaan polvia ylös vuorotellen, niin että jalkapohja irtoaa hieman lattiasta. Tämä liike aktivoi vatsalihaksia sekä harjoittaa painonsiirtoa puolelta toiselle.
- Asukasta voi hoitotilanteiden yhteydessä kannustaa useammin nousemaan WC-istuimelta ylös ja takaisin istumaan, tässä aktivoituu jalkojen suuret lihakset sekä polvi- ja lonkkaniveliin saadaan liikettä. Myös pitkin päivää kannattaa erilaisin verukkein houkutella asukkaita nousemaan tuoleilta ylös ja ohjata vaikka pienelle kävelylenkille, jotta heidän ei tulisi istuskeltua tunteja paikallaan yhtä menoa.
- Kun ohjaat asukasta nousemaan miltä tahansa istuimelta, huomio että hänen polvet ovat 90 asteen kulmassa, hänellä on noin lantion levyinen haara-asento, ohjaa asukasta kumartumaan reilusti eteenpäin lonkista lähtien jolloin painopiste siirtyy niin, että asukkaan on käytettävä jalkojen lihaksia ylös nousuun ja nouseminen tapahtuu sujuvammin.

Anna asukkaan selviytyä päivittäisistä toimista itsenäisesti niin pitkälle kuin mahdollista, auta tarvittaessa ja lisää ohjausta asteittain.

Hiusten harjaus on hyvä toiminnallinen liike, joten ohjaa asukasta suorittamaan tämä itse. Tämä on hyvä liikkuvuusharjoitus olkanivelille, voit myös pyytää asukasta vaihtamaan harjaavaa kättä välissä jos hän ymmärtää.

Lavuaarin reunalla voi kokeilla erilaisia tasapainoharjoituksia, kuten polvennostoa, varpaille nousua, painonsiirtoja jalalta toiselle, jalan vienti suorana sivulle ja taakse, jalalla ympyrän piirtäminen lattiaan, pieni kyykistys ym. Liikkeet aktivoivat jalan lihaksia ja tasapainoa sekä parantavat tai ylläpitävät nivelten liikkuvuutta. Asukkaan kannattaa ottaa tukea lavuaarin reunasta ja ohjaajan kannattaa olla lähellä asukasta mahdollisten horjahtelujen varalta.

JATKUU

## LIITE 1 3/5

Anna asukkaalle mahdollisuus harjoittaa hienomotoriikkaa antamalla hänen napittaa oma paitansa, jos siinä on nappeja. Yllättävän moni asukkaista kykenee tähän, heille on vain annettava hieman enemmän aikaa.

Olohuoneessa soi usein päiväsaikaan musiikkia, ota tilanteesta hyöty ja pyydä asukasta tanssimaan arkiaskareiden välissä.

Vuoteessa tehtäviä harjoituksia esimerkiksi aamulla ennen vuoteesta nousua:

- Asukas on selin makuulla:
- Ohjaa häntä viemään polvia vuorotellen koukkuun vatsan päälle, voit auttaa tässä jos liike tuntuu hankalalta hahmottaa tai suorittaa. Liikkeen tarkoituksena on parantaa tai ylläpitää lonkka- ja polvinivelten liikkuvuutta sekä aktivoita vatsalihaksia, lonkankoukistajia ja etureisilihaksia.
- Ohjaa asukasta nostamaan jalkaa suorana ylös alustalta, katso että nilkka pysyy koukussa. Liikkeen tarkoituksena on aktivoida etureisi- sekä lonkankoukistajalihaksia ja parantaa tai ylläpitää lonkkanivelen liikkuvuutta.
- Ohjaa asukkaan polvet koukkuun niin että jalkapohjat koskettavat alustaa, heijaa jalkoja hitaasti puolelta toiselle ja ohjaa asukasta tekemään liikettä myös itse. Liikkeen tarkoituksena on parantaa tai ylläpitää lannerangan liikkuvuutta sekä aktivoida vinoja vatsalihaksia.
- Nilkkojen liikkuvuutta voi parantaa tai ylläpitää ohjaamalla asukkaalle nilkan koukistus-ojennusliikkeen vuoteessa. Voit ohjata myös manuaalisesti. Liikkeen tarkoituksena on myös parantaa alaraajojen verenkiertoa jos liike tehdään tehokkaasti pumppaavana liikkeenä ja toistetaan riittävän monta kertaa, noin 20.

JATKUU



## LIITE 1 4/5

- Käsiä voi "jumpata" selin makuulla ohjaamalla asukasta koukistamaan kyynärpäitä vuorotellen tai yhtä aikaa. Voit ohjata asukasta kurottamaan kohti kattoa, jolloin saadaan lapaluuhun loitonnus-lähennysliike. Ohjaa asukasta nostamaan kättä suorana kohti kattoa ja laskemaan pään viereen, jos kipua ei tunnu. Voit myös ohjata asukasta tuomaan kättä suorana sivukautta kyljen vierestä kohti päätä, jolloin olkaniveleen tulee hieman erilainen liike. Liikkeiden tarkoituksena on parantaa tai ylläpitää käsien nivelten liikkuvuutta. Nämä liikkeet voit myös ohjata täysin manuaalisesti jos asukas ei ymmärrä tai hahmota liikettä.

## Passiiviset venytykset:

- Takareiden venyttely: Asukas on selin makuulla, jalkoja nostetaan vuorotellen suorana ylös. Venytystä voi tehostaa viemällä nilkkaa koukkuun, jolloin saadaan myös pohjetta venymään.
- Sisäreiden venyttely: Asukas on selin makuulla. Tuo jalkaa suorana sivulle, niin että toinen jalka pysyy paikallaan. Huomio että varpaat ja polvi osoittavat kohti kattoa.
- Pohkeen venytys: Asukkaan jalka makaa alustalla suorana, ohjaa varpaita kevyesti kohti kattoa. Katso että polvi pysyy suorana.
- Pakaran venytys: Asukas on selin makuulla. Tuo asukkaan toinen jalka koukkuun vatsan päälle, toinen jalka pysyy suorana alustalla. Vie koukussa olevaa jalkaa kevyesti yli keskilinjaa vastakkaiselle puolelle.
- Kyljen venytys: Asukas on selin makuulla ja polvet koukussa. Tuo koukussa olevat polvet varovasti sivulla ja pyydä asukasta nostamaan vastakkaisen puolen käsi ylös pään viereen.

JATKUU

## LIITE 1 5/5

- Lonkan koukistajalihas sekä etureisi: Aukas on kylkimakuulla, alempi jalka lepää alustalla kevyessä koukussa. Ylempi jalka on kevyesti koukussa ja sitä viedään kevyesti taaksepäin niin että lonkankoukistajalihas venyy. Etureisilihasta venyttäessä venytettävän jalan polvea tuodaan jyrkempään kulmaan.

Huomio passiivisia venytyksiä tehtäessä koko ajan asukkaan tuntemukset kyselemällä ja seuraamalla asukkaan ilmettä.

Tarkastanut: Kirsti Jänne, geriatria-erikoistunut fysioterapeutti